



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LAGARTO**

SANNI SILVINO PARENTE

**VALORIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ENSINO MÉDICO NA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

**Lagarto – SE
2019**

SANNI SILVINO PARENTE

**VALORIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ENSINO MÉDICO NA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Medicina do Campus Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do Bacharelado em Medicina.

Orientadora: Lêda Lúcia Couto Vasconcelos

Co-orientador: Rubens Araújo de Carvalho

**Lagarto – SE
2019**

SANNI SILVINO PARENTE

**VALORIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ENSINO MÉDICO NA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Departamento de Medicina do Campus Prof.
Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de
Sergipe como requisito parcial para obtenção do
Bacharelado em Medicina.

Orientadora: Leda Lucia Couto Vasconcelos

Co-orientador: Rubens Araújo de Carvalho

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientador(a):

1º Examinador:

2º Examinador:

PARECER

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde representa um papel central dentro do Sistema Único de Saúde, em que é responsável pelo atendimento de primeiro contato da população com o serviço e coordenação do fluxo do cuidado. Sendo assim, o médico que atuar nesse nível de atenção deve estar apto a realizar atendimentos da população assistida em seu território adscrito, com enfoque familiar e comunitário. Portanto, os programas de graduação em Medicina, após a publicação das últimas diretrizes curriculares, em 2014, encontram-se em reformulação pedagógica para formar médicos egressos atuantes preferencialmente na Atenção Básica. **Métodos:** Estudo quantitativo, observacional, de aplicação transversal que se utilizou de um instrumento criado pelos pesquisadores com o objetivo de comparar a valorização da Atenção Primária na graduação em Medicina em dois campi (São Cristóvão e Lagarto) na Universidade Federal de Sergipe. **Resultados e discussões:** Ao serem questionados sobre a importância do ensino da Atenção Primária na graduação e os meios pelos quais podem ser alcançados esses objetivos, apenas observou-se diferença significativa entre os Campi Lagarto e São Cristóvão no item que versa sobre a inserção longitudinal em modelo de espiral crescente. Quando questionados sobre aspectos da abordagem individual, os alunos da UFS Lagarto mostraram maiores valores de escala em relação ao uso de ferramentas do Método Clínico Centrado na Pessoa e Clínica Ampliada. Foi visto também que o mesmo campus apresentou diferença significativa nas respostas em todos os itens que tratavam de ferramentas da abordagem familiar, como as utilizadas para o diagnóstico familiar e realização de visitas domiciliares. Ademais, a pesquisa também revelou maior concordância no Campus da UFS Lagarto em quatro dos cinco itens que tratavam da abordagem comunitária. Foi visto também que houve diferença significativa, mostrando maiores valores de escala para os alunos da UFS Lagarto na maioria das assertivas que tratavam das novas diretrizes curriculares. **Conclusão:** A pesquisa mostrou que os alunos da UFS Lagarto apresentaram valores de escala superior em quatorze dos vinte e quatro itens pesquisados, o que pode demonstrar um maior alinhamento desse campus com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e com as Diretrizes do Ensino da Atenção Primária à Saúde na Graduação.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Educação Médica; Educação Baseada em Competências;

ABSTRACT

Introduction: Primary Health Care plays a central role in Brazilian Public Health System, in which it is responsible for population's first contact with the service and coordination of healthcare flow. This way, the physicist who act in that care level must be able to answer his assisted population in his territory registered with a family-centered and communitarian approach. Therefore, medical school programs, after publication of the new National Curricular Guidelines, in 2014, are undergoing a pedagogical reformulation in order to graduate physicists who will work mainly in Primary Care. **Methods:** It is a quantitative, observational and cross-sectional study which has used a form elaborated by its researchers intending to compare the attitudes towards Primary Health Care in two campuses (São Cristovão and Lagarto) of Federal University of Sergipe, Brazil. **Results and Discussion:** When the students were asked about the importance of Primary Care teaching in graduation and the means by which those goals can be achieved, significant differences were only found in the item about longitudinal insertion in increasing spiral model. When asked about aspects of individual approach, the students of Lagarto Campus showed higher scores about the use of person-centered clinical method and expanded clinic instruments. It was also detected that the same campus showed significant differences in answers of all items related to familiar approach tools, such as the instruments used for diagnosis of family functioning and home visits. Furthermore, the study also revealed a bigger agreement in Lagarto's students in four out of five items about communitarian approach. It was also found that there was significant difference, evidencing higher scores for Lagarto's students in most questions about the new National Curricular Guidelines. **Conclusion:** The research showed that students of Lagarto campus of Federal University of Sergipe had higher scores in fourteen out of fifteen items analyzed, what can demonstrate a higher concordance of this campus with the Brazilian Curricular Guidelines for Medical School and for Teaching of Primary Health Care in college.

KEYWORDS: Primary Health Care; Medical Education; Competency Based Education

SUMÁRIO

	Pág.
1 REVISÃO DA LITERATURA	6
2. ARTIGO	19
3 REFERÊNCIAS	37
ANEXO A – NORMAS DA REVISTA	39
ANEXO B – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS	43

1 REVISÃO DA LITERATURA

1.1 Os Sistemas de Saúde e suas configurações organizacionais

Os Sistemas de Saúde são definidos como um conjunto de ações de saúde pública e oferta de serviços individuais regulados por um órgão governamental ou privado¹. Para a atuação desses sistemas é necessário que se entenda as necessidades da população assistida e que ofereça serviços produtivos capazes de serem utilizados pela mesma¹ mantendo equilíbrio entre a estrutura a qual pertence, os processos envolvidos e os resultados almejados². Logo, dois principais objetivos contraditórios precisam ser alcançados com o máximo de equilíbrio para se atingir o sucesso de um sistema de saúde, são eles: cobertura ampla à população assistida e racionalização dos gastos³.

Dessa forma, com a heterogeneidade em que as populações mundiais se apresentam, nenhum sistema de saúde é integralmente igual a outro, apesar de algumas semelhanças, pois são moldados de acordo com características de cada região, tais como: Determinantes Sociais de Saúde (DSS), características políticas e socioeconômicas, histórico, ideologias coletivas, nível de desenvolvimento social e tecnológico, características do território e capacidade de oferta dos serviços^{3,4}. Destaca-se, também, a importância dos valores sociais e território cultural, que se apresentam como influenciadores da conjuntura global e, conseqüentemente, do sistema de saúde¹.

A Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) ressalta que os cuidados em saúde são financiados por seguros (pessoais, cooperativistas ou estatais), os quais estão sob a influência das leis de mercado e sofrem deficiências que podem pronunciar dificuldades no acesso à saúde, tais como: seleção adversa daqueles com menores riscos em saúde, porém menos vulneráveis ao mercado financeiro; o risco de o assegurado não suportar totalmente o custo do cuidado oferecido a ele e o fato da indução de demanda por cuidados específicos por parte dos profissionais em saúde que não estariam necessariamente em acordo com as seguradoras⁵.

Além dos diversos fatores supracitados, todos os sistemas de saúde estão sob uma influência internacional que valoriza o enfoque científico do processo saúde-doença, a valorização crescente dos avanços tecnológicos e a tendência a

especialização dos profissionais de saúde³. Características essas que tendem a encarecer a oferta de cuidados e, muitas vezes, não acarretar em bons indicadores em saúde pública^{4,6}.

“O acúmulo de conhecimento crítico sobre a assistência à saúde no campo da Saúde Coletiva está assentado sobre abordagens interdisciplinares que assumem como premissa a articulação das dimensões políticas, econômicas e sociais em um processo dinâmico dotado de contradições e historicidade⁷(p.2032).”

A depender da arquitetura de financiamento a qual cada sistema de saúde está inserido, formam-se diferentes dinâmicas de acúmulo de capital na área assistencial. Nos sistemas capitalistas, os prestadores de serviços podem ser remunerados de três maneiras: por taxa de serviço, por salário e por captação⁴. Dessa forma, os moldes de organização do trabalho médico convergem com estratégias de administração para a financeirização do serviço terceirizado⁷. Essas dinâmicas, intituladas como dominância financeira⁸ podem estimular os grupos médicos a prover uma assistência subordinada à lógica do mercado, como valorização à subespecialização médica e ao sistema hospitalocêntrico.

Andersen & Newman (1973) ressaltam que características ligadas ao profissional médico são importantes fatores de encarecimento e superutilização dos recursos¹. Estudos clássicos indicam que especialistas e médicos formados em centros educacionais com formação de subespecialistas são responsáveis por maior ônus de utilização (quantidade de recursos e uso de técnicas mais caras), assim como profissionais com poucos anos de graduação⁴. Há também relação positiva entre utilização dos recursos e rendimento por serviço e uma relação negativa quando se utiliza a forma de rendimento por salário ou captação².

Sabe-se que apenas seis a sete por cento dos gastos em saúde são relacionados às primeiras consultas, portanto, relacionados aos usuários dos sistemas¹. Ademais, as principais diferenças decorrem das condições socioeconômicas e DSS, como citado acima^{1,2,4}. Logo, uma cobertura universal tende a dirimir as necessidades e utilizações de recursos entre pessoas de diferentes status sociais e reformas de sistemas de saúde relacionados à demanda (deduções ou co-pagamentos) interferem positivamente nas iniquidades em saúde, restringindo o acesso aos mais carentes⁴.

Intensas mudanças do pensamento econômico e político aconteceram durante as últimas décadas, principalmente em nações que saíram de um status autoritário e com grande dívida social, como Brasil, Chile e Argentina³. Com essas modificações

no panorama político, houve uma necessidade em organizar um sistema de saúde sustentável que garantisse equidade e assistência universal, em consonância com o mais atual conceito de saúde e que estivesse em concordância com as leis mercantis que regem a assistência à saúde.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) corrobora que os atuais desafios em saúde pública estão intrinsicamente interligados às iniquidades em saúde e que em muitos países da Região sofreram com os processos de redemocratização devido aos ajustes econômicos e políticos, levando ao aumento das disparidades de riqueza e poder entre as nações^{9,10}. O mesmo órgão conclui que os atuais problemas de saúde da maioria dos países não advêm apenas de um sistema de saúde falho, mas da incapacidade em abordar causas subsequentes desses problemas^{9,10}.

Em países desenvolvidos, a transição epidemiológica ocorreu relativamente como o esperado em etapas sequenciadas e os sistemas de saúde apresentaram sucesso em responder às necessidades populacionais¹¹. Frenk e demais autores (1991) ressaltam que no Brasil, assim como em outros países subdesenvolvidos, houve um modelo dito como prolongado¹² em que não houve uma transição, mas uma acumulação epidemiológica acarretando em uma tripla carga de doença^{11,12}.

No Brasil, o histórico da evolução do Sistema Único de Saúde indica essa realidade. Desde antes da sua criação, com os modelos sanitaristas campanhistas do início do século XX e o movimento operário, culminando com a Reforma Sanitária já se via a preocupação com doenças infectocontagiosas que predominavam nos grandes centros urbanos e a necessidade de prezar pela higienização das cidades e pela saúde dos operários³. Ainda não havia, entretanto, uma união entre a previdência pública que tratava de medidas preventivas com os órgãos responsáveis pela prestação de saúde à população, com ênfase na medicina curativa³. Essa união só foi possível na década de 1980 com a criação do SUS como política pública. Percebe-se que as mudanças seguiram as necessidades da lógica de mercado vigente em cada período e não necessariamente às principais necessidades de saúde da população³.

Portanto, o SUS enfrenta uma crise organizacional, onde precisa responder às necessidades de doenças relacionadas à desnutrição e epidemias infecciosas, problemas relacionados à industrialização e alteração dos hábitos de vida, como o sedentarismo, obesidade e carga de doenças relacionadas ao meio ambiente e ainda abordar uma agenda de problemas de países desenvolvidos, com aumento da

sobrevida e doenças crônicas^{11,12}. Logo, um sistema como o brasileiro que lida com doenças crônicas da mesma forma das agudas, com extenso gasto em métodos diagnósticos e terapêuticos não consegue ser autossustentável e precisa ser reorganizado constantemente para enfrentar essa tripla carga de doença.

1.2 A Atenção Primária à Saúde

Nesse contexto, a necessidade de organizar um sistema de saúde com ênfase em questões coletivas e sociais, reduzindo a importância da ideia cartesiana e biomédica do processo saúde-doença, é entendida como a esperança da construção de um ambiente saudável universalmente⁹ e a Atenção Primária à Saúde (APS) representa a consolidação de ideias progressistas de acesso à saúde para todos, como foi declarado na Carta de Ottawa⁹.

Na década de 1920, o relatório do médico *Sir Dawson*, na Grã-Betânia, já apontava uma forma de organizar os serviços de saúde em níveis de atenção (domiciliar, primário, secundário, suplementares e hospitais de ensino), destacando a regionalização como instrumento fundamental à organização dos serviços e APS como o centro de coordenação^{13,14}.

Nas décadas que sucederam ao relatório de Dawson, movimentos ecológicos, políticos e culturais culminaram no reconhecimento da APS em escala mundial, sendo essa institucionalizada em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) na cidade de Alma-Ata, Cazaquistão¹⁴. O relatório final dessa conferência define APS como:

“Cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação¹⁵”

A esse nível de atenção, portanto, foi instituído a importante competência de oferecer acesso à população de maneira universal e compreendendo todos os serviços disponíveis pelo sistema de saúde⁴. Para isso, faz-se necessário a consolidação desse pensamento com uma política pública e, para tanto, precisou de sucessivas reformulações até ser bem sustentada em instrumentos jurídicos e receber apoio social nos diversos países que a adotam.

Os atributos que compõe esse nível de atenção são classificados em essenciais e derivados. São atributos essenciais: acesso de primeiro contato do

indivíduo com o sistema de saúde (também denominado porta de entrada), longitudinalidade (ou atendimento ao longo da vida), integralidade e coordenação do cuidado. Os atributos derivados são: atenção à saúde centrada na família (também denominado orientação familiar), orientação comunitária e competência cultural⁴.

A atribuição da APS em ser o nível de atenção que oferece o acesso de primeiro contato retrata a importância de se ter um serviço em que as pessoas reconheçam como o responsável pela sua saúde e que procurem esse serviço para a resolução de qualquer necessidade. Quando esse tipo de vínculo é formado, o profissional tem maior facilidade em entender toda a dinâmica de vida daquela pessoa ou população e reconhecer mais fidedignamente as manifestações apresentadas e maior resolutividade, bem como melhor critério de encaminhamentos aos profissionais especializados⁴. Quando a população é responsabilizada por escolher o profissional ao qual recorrer, a falta de orientação acarreta em maiores custos à saúde e maiores iniquidades⁴.

Fry & Horder (1994) indicam que na Europa, ao comparar os sistemas de saúde, àqueles com mais especialistas disponíveis ao atendimento inicial à população e com diminuição da APS como porta de entrada no sistema dedicam maior porcentagem do PIB aos gastos em saúde e não apresentam melhores indicadores⁴. Dessa forma, um outro atributo da APS é entendido: a coordenação do cuidado.

Os sistemas de saúde organizados em Redes de Atenção à Saúde (RAS) necessitam de um nível de cuidado capaz de se articular com os demais serviços e conhecer a população assistida para organizar um fluxo de atenção de acordo com as prioridades e necessidades reais. Esses sistemas priorizam a integração e se mantêm por sistemas de apoio logísticos e técnicos com diferentes densidades tecnológicas para promover a integralidade do cuidado proposto pelo modelo de RAS¹⁶.

A compreensão dos DSS e demais fatores que influenciam o processo de saúde-doença de uma população transpassa por competências que devem ser desenvolvidas nos profissionais da APS. O profissional precisa entender a cultura e o processo histórico social do indivíduo assistido, para assim perceber discretos sinais no discurso ou nas atitudes do paciente a interação das suas crenças, conhecimentos e expectativas quanto ao processo de adoecimento e cura. Dessa forma, a inserção do profissional na casa e no cotidiano da comunidade em que trabalha auxilia no reconhecimento da influência cultural. A inserção do profissional médico na

comunidade também o auxilia a entender com mais fidedignidade como a estrutura física do local, as condições de saneamento, iluminação e transporte são influenciadoras das condições de saúde da mesma população.

O profissional da APS atua orientado à família e à comunidade do seu paciente, entendendo que essas são formas de organização de trabalho que reduzem o ônus de utilização e apresentam bons resultados^{1,2}. Portanto, a APS é o ambiente ideal para ações comunitárias de terapêutica, educação em saúde, prevenção de agravos e promoção de saúde. E, para realizar uma atenção com eficiência incorporando todos esses atributos no cotidiano, a longitudinalidade torna-se uma ferramenta essencial, pois facilita a criação do vínculo, o oferecimento de acesso e corrobora com melhoria da atenção em geral⁴.

Dessa forma, os médicos da APS deparam-se com uma grande quantidade de doenças e suas mais diversas manifestações, bem como pacientes hígidos apresentando demandas burocráticas ou necessidades de orientações⁴. Por essa razão, a capacitação dos médicos para trabalhar na APS deve ser diferenciada daquela oferecida aos especialistas na atenção secundária ou terciária, visto que há maior probabilidade de o paciente que chega à APS estar sadio que doente, enquanto o paciente nos demais serviços apresenta maior chance de estar doente⁴.

Essas necessidades são, portanto, consideradas de alta complexidade por exigir um profissional capaz de entender as múltiplas relações entre fatores biológicos, sociais, ecológico e culturas, bem como a exigência da capacidade de intervir em dinâmicas familiares e sociais, utilizando-se de conhecimentos de outras áreas de atuação, como sociologia, antropologia, educação, biomedicina, etc.¹⁷.

1.3 A Atenção Básica no Brasil e a consolidação do Sistema único de Saúde

No âmbito nacional, a Conferência de Alma-Ata representou um incentivo ao movimento sanitarista que vinha acontecendo em todo território, reafirmando os anseios por um sistema de saúde que resolvesse as demandas da população brasileira de forma gratuita e integral. Dessa forma, em 1986, durante a Oitava Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), foi proposto que a assistência à saúde deveria ter caráter universal e integral, regida por um sistema descentralizado e que atuasse com intensa participação popular. Após, em 1988, com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é entendido como o sistema de prestação de serviço à saúde do Estado¹⁸.

Diante da intensa movimentação internacional de orientação dos sistemas de saúde à APS, entendendo as vantagens em um sistema organizado com esse arranjo, a APS no SUS, foi denominada Atenção Básica (AB) e definida, em 2011, pela Portaria nº 2.488/Ministério da Saúde, como:

“A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (p. 3)¹⁹”

O SUS, desde a publicação da Portaria GM/MS n. 4279 em 30 de dezembro de 2010, tem sua estrutura organizada em Redes de Atenção à Saúde, com a APS ocupando um posicionamento central ao ser o acesso de primeiro contato do usuário com o sistema e coordenando o cuidado¹¹. São também participantes das RAS: a Rede Cegonha, a Rede de Urgência e Emergência (RUE), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (Viver sem Limites) e a Rede de Atenção à Saúde de Pessoas com Doenças Crônicas¹¹. Em um sistema de saúde que funcionasse de maneira ideal, haveria uma comunicação e articulação perfeita entre os níveis de atenção.

Os profissionais que atuam na AB exercem funções muito distintas àqueles atuantes em ambulatórios de especialidades ou serviços hospitalares, e a PNAB¹⁹ determina que são atribuições de todos eles, inclusive os médicos, realizar ações de territorialização e cadastramento de famílias, prover acesso universal e contínuo aos habitantes do território adscrito, atuar de maneira a valorizar a longitudinalidade e incentivar a participação comunitária no processo de cuidado e coordenar os fluxos da RAS¹⁹. O mesmo documento deixa claro que são atribuições do médico a realização de consultas, pequenos procedimentos e atividades coletivas na UBS e no território, segundo a demanda da população, atendendo à demanda espontânea, praticar o cuidado familiar e voltado à coletividade e realizar um trabalho interdisciplinar com os demais membros da equipe e das redes de apoio¹⁹.

1.4 A educação médica no Brasil

Dado o exposto, entende-se a complexidade do trabalho de um médico atuante da APS, em que necessita abordar diferentes agravos com graus variados de complexidade e severidade, coordenando a atenção em comunicação com os demais serviços do SUS e submisso às normas operacionais de um sistema nacional com dificuldades operacionais. Conclui-se que o médico egresso deve ter uma formação

completa, que o capacite a resolver agravos agudos e não agudos, entendendo as diferenças de abordagem entre eles.

A medicina de família e comunidade (MFC), reconhecida por ser uma especialidade médica de atuação de excelência na APS apresenta estratégias na formação de recursos humanos com potencial transformador²⁰. Segundo Byrne e colaboradores (1977), os estudantes de graduação devem ter o contato com essa especialidade na APS pelos seguintes motivos: a APS representa a principal forma de atenção à saúde que a maioria da população terá acesso, a prática é voltada para a pessoa, os médicos precisam entender como o SUS está organizado em RAS, mesmo àqueles que não irão atuar no nível primário e é necessário que os alunos tenham contato com a graduação para conhecerem o cotidiano da especialidade e a colocar como possibilidade de atuação depois de graduado²⁰.

Com um sistema de ensino médico voltado para o ambiente hospitalar, com foco na resolução imediata dos agravos e dispondo de todos os recursos possíveis, o médico dificilmente será capaz de utilizar-se de recursos terapêuticos de baixa densidade tecnológica para abordar agravos crônicos e tende a conduzir um paciente como sempre doente e necessitando de grandes investimentos^{1,4}.

Dessa forma, a integração do graduando com o a prestação de assistência o permite perceber as competências que precisam ser adquiridas para alcançar melhores resultados. A APS, então se destaca como meio importante de interação ensino-serviço, em que os futuros médicos vão estar expostos a situações em que lhe serão exigidas abordagens comunitárias, familiares e individuais com valorização de questões sociais, biológicas e culturais.

Dado o exposto, o Ministério da Educação, em 2014, divulgou as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN Medicina) - CNE/CES nº 116, de 03 de abril de 2014²¹ - reestruturando os componentes curriculares do ensino médico. Foi considerado, para a formulação desse documento, a ampliação da cobertura da AB no país nos anos que antecederam-se à publicação, a criação de novas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Pronto-atendimento (UPA), o diagnóstico de saúde do território nacional, o conhecimento de novas demandas emergentes da realidade brasileira e relatos de experiência que trouxeram legitimidade à mudança²¹.

A presente análise não pode prescindir da centralidade do ensino da Atenção Primária à Saúde como componente longitudinal, que permeia todo o

currículo e, sobretudo, fazendo parte do núcleo do ensino da semiologia e da prática clínica do futuro médico (p.3)²¹.

No modelo de ensino-aprendizagem vigente até a publicação das DCN os alunos eram apresentados às diferentes áreas de atuação muito precocemente e não havia, de forma majoritária, a integração desses conhecimentos. O conhecimento adquirido em cada disciplina levava o estudante a valorizar partes de um todo²². Além disso, preconiza-se o uso de tecnologias duras às leves-duras e leves, encarecendo o acesso à saúde e diminuindo a importância do cuidado, afeto, escuta e outras tecnologias leves preconizadas na APS²². Tudo isso resulta em um perfil de médico egresso com interesses e motivações específicas^{4,22}.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) – Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996²³, já havia determinado que a organização do processo de ensino-aprendizagem não deveria ser pautada por componentes curriculares mínimos, mas em uma trajetória de ensino que considerassem diretrizes gerais. Apenas dessa forma, o aluno egresso teria sido formado capaz de utilizar-se dos conhecimentos adquiridos para elaborar propostas de intervenção, resolver problemas e avaliar os resultados obtidos²³.

Neste sentido, é possível que a genuína aposta para a transformação do ensino de medicina seja muito menos uma questão de método e muito mais uma questão de mudança social — de natureza ético-política—, entendida como uma transformação radical da cultura de formação médica (p.542)²².

Outro aspecto levantado nas DCN Medicina foi a dissociação entre a teoria e prática, comum no ensino superior. Esse modelo de construção do conhecimento dificulta o entendimento das necessidades populacionais, o que favorece à especialização precoce do graduando. Ressalta-se a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990) que, em seus artigos 27 e 30, apontam o SUS como campo de prática do ensino e pesquisa em saúde²⁴. Além disso, faz-se também referência à Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos, e que, em seu artigo primeiro fortalece a parceria entre IES e unidades de saúde públicas e estimula a troca de experiências entre a formação acadêmica e a educação continuada dos profissionais²⁵.

Diversas são as estratégias de utilização da APS no processo de aprendizado, como a utilização do método clínico centrado na pessoa (MCCP), preceptoria, movimentos de territorialização, aplicação de questionários, avaliação de índices epidemiológicos, ações educativas na comunidade, atividades de promoção e prevenção à saúde, etc.

Em 2012, a Revista da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RSBMFC) publica as Diretrizes do Ensino da Atenção Primária à Saúde na Graduação, resultado de uma oficina de trabalho realizada com professores e preceptores que atuam na APS, no intuito de evidenciar, em primeiro lugar, a importância da inserção do ensino nesse nível de atenção e traçando estratégias de como o realizar²⁶.

Esse documento afirma que a vivência dessas experiências contribui para a melhor compreensão do processo de adoecimento, para o desenvolvimento de uma prática clínica integrada com um trabalho interdisciplinar, para uma melhor contribuição das redes e serviços de atenção da saúde e favorece o desenvolvimento de habilidades e competências, como a habilidade de comunicação e competência cultural. Ainda nas diretrizes propostas pela SBMFC, destaca-se que o graduando desenvolve ações em três abordagens diferentes, que se confluem no nível primário: abordagem individual, familiar e comunitária²⁶.

Nessa diretriz, os autores afirmam que o ensino voltado para APS deve contemplar uma abordagem individual e coletiva, com orientação familiar e comunitária²⁶. Ressalta a importância da inserção longitudinal do aluno na APS, em um formato de espiral crescente em todos os semestres, do uso de metodologias ativas e com a participação de médicos de família e comunidade e profissionais com experiência de atuação na área²⁶.

Dessa forma, o profissional médico egresso de uma Instituição de Ensino Superior (IES) deve ser capacitado a atuar nesse nível de atenção, mostrando as competências e habilidades necessárias para se adequar a uma nova lógica social, adaptando-se às necessidades de saúde da população. O objeto primordial da inserção do estudante na APS deve ser, portanto, a criação de vínculo com a população e com a equipe, para que, dessa forma, ele consiga formar estratégias de resolução dos problemas do território que foi inserido²².

Em dezembro de 2017 o Brasil tinha 4601 médicos recém-formados, dos quais 80,2% declaram interesse em cursar algum programa de Residência Médica (RM)²⁷. Dentre os programas, cinco deles representavam o desejo de mais de 48% dos pretendentes à uma vaga, sendo eles: pediatria, clínica médica, ginecologia e obstetrícia e anestesiologia. Chama atenção o fato de essas mesas especialidades corresponderem à 45% dos títulos de especialistas no País²⁷. Portanto, observa-se

uma tendência a manter um padrão de especialização na atenção secundária e terciária. As vagas em residência de medicina de família e comunidade (MFC) eram a primeira escolha de apenas 1,5% dos recém-formados nesse mesmo ano, mesmo essa especialidade representando 10,2% do total de vagas para o primeiro ano de residência dentre todas²⁷.

Ao serem questionados sobre o local onde gostariam de trabalhar, 79,2% declararam ser o ambiente hospitalar, 50,2% em consultórios particulares, 45,3% em clínicas, 28,3% em Unidades Básicas de Saúde, 24,6% nas universidades e 19,4% no Programa de Saúde da Família (PSF)²⁷.

Na mesma pesquisa supracitada, foi evidenciado que 82,2% dos egressos concordavam que o curso o havia capacitado para entender as doenças, mas 76,6% concordavam que houve uma preparação para entender o processo de adoecimento das pessoas²⁷. Além disso, 75,2% concordam que o curso valoriza o diagnóstico por meio da conversa com o paciente e 19,7% referiam que a valorização do diagnóstico se deu por meio de tecnologias²⁷.

Portanto, apesar da intensa mobilização a nível federal de valorizar a prática médica centrada na APS e no uso de tecnologias leves, ainda não há dados brasileiros que comprovem uma alteração dos interesses entre os médicos recém-formados de diminuir a prática da subespecialização precoce e trabalho nos níveis secundários e terciários.

1.5 As escolas médicas da Universidade Federal de Sergipe

Em Sergipe, existem três escolas médicas, sendo dois campi da Universidade Federal de Sergipe (UFS), o Campus da Saúde Professor João Cardoso Nascimento Junior (Aracaju/SE) e o Campus Professor Antônio Garcia Filho (Lagarto/SE) e uma instituição privada, a Universidade Tiradentes (São Cristovão/SE). Serão abordadas com mais detalhes apenas as escolas públicas supracitadas.

No Campus Professor Antônio Garcia Filho (UFS Lagarto), o Plano Pedagógico Curricular (Resolução N° 08/2012/CONEPE)²⁸ ressalta a intencionalidade em formar um médico capaz de prestar atenção integral e ampliada à população de forma individual e comunitária com consciência do equilíbrio entre excelência técnica e relevância social²⁸. Segundo o mesmo documento, espera-se do egresso equilíbrio emocional, formação ética e humanista, capacidade de atuação em equipe multidisciplinares, compromisso com a cidadania, capacitado a exercer ações em

planejamentos de gestão e políticas de saúde e domínio de conhecimentos e habilidades para condução dos principais problemas de saúde da população²⁸.

No Campus da Saúde Professor João Cardoso Nascimento Júnior (UFS São Cristóvão) o objetivo geral é formar um médico “generalista, humanista, crítico e reflexivo”²⁹ que seja capaz de “atuar de forma integral e ampliada na prevenção, recuperação e reabilitação da saúde”²⁹, com atuação voltada às necessidades individuais e coletivas, com responsabilidade social e observando os DSS²⁹.

Apesar de os objetivos gerais serem semelhantes, há uma marcada distinção entre os projetos pedagógicos, em que o currículo da UFS São Cristóvão segue as bases mais tradicionais do ensino médico, com divisão entre núcleos de conteúdo básicos, profissionalizantes e complementares. Sendo realizadas aulas teóricas como a base do processo ensino-aprendizagem, com fragmentação dos conteúdos abordados. Os alunos são inseridos na comunidade durante o ciclo profissionalizante, em que participam de ambulatórios de especialistas e práticas hospitalares²⁹.

Já no o curso oferecido pela UFS Lagarto, mais recente, tem como base do seu plano pedagógico o ensino baseado em ferramentas de metodologias ativas, como sessões de tutorial, em que se utiliza a Aprendizagem Baseadas em Problemas (ABP) e atividades teórico-práticas com utilização da problematização em que se busca um currículo de conteúdos integrados em formato de espiral crescente de complexidade dos assuntos. Além disso, desde o primeiro ciclo o aluno tem contato com ambientes de prática e interage com a população, prestando cuidado assistido pelos professores²⁸.

Além disso, outra diferença verificada o currículo da UFS Lagarto trata-se do primeiro ciclo (equivalente ao primeiro ano) em que os alunos de todos os cursos da saúde participam das mesmas atividades, com intensa integração entre eles, a fim de fomentar a prática da assistência multidisciplinar²⁸.

No Campus UFS Lagarto, os alunos aprimoram propedêutica, método clínico e raciocínio clínico com os pacientes das Unidades Básicas de Saúde, nas disciplinas de Prática de Ensino na Comunidade (I a IV) e Habilidades e Atitudes em Saúde e Habilidades Médicas (I a III) nos primeiros quatro anos de estudo²⁸. Além disso, de forma gradual vivenciam práticas de atenção ao coletivo, como territorialização, problematização em saúde, normativa e regência do SUS, abordagem familiar e educação em saúde. Também são instruídos sobre Método Clínico Centrado na

Pessoa (MCCP), Clínica Ampliada e ferramentas de comunicação²⁸. Todas essas atividades são propostas pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) para serem abordadas nos cursos de graduação²⁶.

2 ARTIGO

VALORIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ENSINO MÉDICO NA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

VALORIZATION OF PRIMARY HEALTH CARE IN MEDICAL EDUCATION AT THE UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Sanni Silvino Parente ¹

Leda Lucia Couto Vasconcelos ²

Rubens Araújo de Carvalho ³

¹Universidade Federal de Sergipe, parentesanni@gmail.com ²Universidade Federal de Sergipe, ledalucivasconcelos@gmail.com ³Secretaria Municipal de Aracaju, rubacaju@gmail.com

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde representa um papel central dentro do Sistema Único de Saúde, em que é responsável pelo atendimento de primeiro contato da população com o serviço e coordenação do fluxo do cuidado. Sendo assim, o médico que atuar nesse nível de atenção deve estar apto a realizar atendimentos da população assistida em seu território adscrito, com enfoque familiar e comunitário. Portanto, os programas de graduação em Medicina, após a publicação das últimas diretrizes curriculares, em 2014, encontram-se em reformulação pedagógica para formar médicos egressos atuantes preferencialmente na Atenção Básica. **Métodos:** Estudo quantitativo, observacional, de aplicação transversal que se utilizou de um instrumento criado pelos pesquisadores com o objetivo de comparar a valorização da Atenção Primária na graduação em Medicina em dois campi (São Cristóvão e Lagarto) na Universidade Federal de Sergipe. **Resultados e discussões:** Ao serem questionados sobre a importância do ensino da Atenção Primária na graduação e os meios pelos quais podem ser alcançados esses objetivos, apenas observou-se diferença significativa entre os Campi Lagarto e São Cristóvão no item que versa sobre a inserção longitudinal em modelo de espiral crescente. Quando questionados sobre aspectos da abordagem individual, os alunos da UFS Lagarto mostraram maiores valores de escala em relação ao uso de ferramentas do Método Clínico Centrado na Pessoa e Clínica Ampliada. Foi visto também que o mesmo campus apresentou diferença significativa nas respostas em todos os itens que tratavam de ferramentas

da abordagem familiar, como as utilizadas para o diagnóstico familiar e realização de visitas domiciliares. Ademais, a pesquisa também revelou maior concordância no Campus da UFS Lagarto em quatro dos cinco itens que tratavam da abordagem comunitária. Foi visto também que houve diferença significativa, mostrando maiores valores de escala para os alunos da UFS Lagarto na maioria das assertivas que tratavam das novas diretrizes curriculares. **Conclusão:** A pesquisa mostrou que os alunos da UFS Lagarto apresentaram valores de escala superior em quatorze dos vinte e quatro itens pesquisados, o que pode demonstrar um maior alinhamento desse campus com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e com as Diretrizes do Ensino da Atenção Primária à Saúde na Graduação.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Educação Médica; Educação Baseada em Competências;

ABSTRACT

Introduction: Primary Health Care plays a central role in Brazilian Public Health System, in which it is responsible for population's first contact with the service and coordination of healthcare flow. This way, the physicist who act in that care level must be able to answer his assisted population in his territory registered with a family-centered and communitarian approach. Therefore, medical school programs, after publication of the new National Curricular Guidelines, in 2014, are undergoing a pedagogical reformulation in order to graduate physicists who will work mainly in Primary Care. **Methods:** It is a quantitative, observational and cross-sectional study which has used a form elaborated by its researchers intending to compare the attitudes towards Primary Health Care in two campuses (São Cristóvão and Lagarto) of Federal University of Sergipe, Brazil. **Results and Discussion:** When the students were asked about the importance of Primary Care teaching in graduation and the means by which those goals can be achieved, significant differences were only found in the item about longitudinal insertion in increasing spiral model. When asked about aspects of individual approach, the students of Lagarto Campus showed higher scores about the use of person-centered clinical method and expanded clinic instruments. It was also detected that the same campus showed significant differences in answers of all items related to familiar approach tools, such as the instruments used for diagnosis of family functioning and home visits. Furthermore, the study also revealed a bigger agreement

in Lagarto's students in four out of five items about communitarian approach. It was also found that there was significant difference, evidencing higher scores for Lagarto's students in most questions about the new National Curricular Guidelines. **Conclusion:** The research showed that students of Lagarto campus of Federal University of Sergipe had higher scores in fourteen out of fifteen items analyzed, what can demonstrate a higher concordance of this campus with the Brazilian Curricular Guidelines for Medical School and for Teaching of Primary Health Care in college.

KEYWORDS: Primary Health Care; Medical Education; Competency Based Education

INTRODUÇÃO

Os diversos sistemas nacionais de saúde são organizados de acordo com características únicas de sua população e território, logo, para a atuação desses sistemas é necessário que se entenda as necessidades da população assistida e que ofereça serviços produtivos capazes de serem utilizados pela mesma¹ mantendo equilíbrio entre a estrutura a qual pertence, os processos envolvidos e os resultados almejados².

Nesse contexto, a necessidade de organizar um sistema de saúde com ênfase em questões coletivas e sociais, reduzindo a importância da ideia cartesiana e biomédica do processo saúde-doença, é entendida como a esperança da construção de um ambiente saudável universalmente³ e a Atenção Primária à Saúde (APS) representa a consolidação de ideias progressistas de acesso à saúde para todos, como foi declarado na Carta de Ottawa³.

Os atributos que compõem esse nível de atenção são classificados em essenciais e derivados. São atributos essenciais: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde (também denominado porta de entrada), longitudinalidade (ou atendimento ao longo da vida), integralidade e coordenação do cuidado. Os atributos derivados são: atenção à saúde centrada na família (também denominado orientação familiar), orientação comunitária e competência cultural⁴.

O Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta uma conformação organizacional em Redes de Atenção à Saúde (RAS) com a APS ocupando um posicionamento central, oferecendo acesso aos serviços e coordenando o fluxo do cuidado⁵.

A medicina de família e comunidade (MFC), reconhecida por ser uma especialidade médica de atuação de excelência na APS apresenta estratégias na formação de recursos humanos com potencial transformador⁶. Portanto, o graduando

que está inserido no serviço pode observar as competências que precisam ser adquiridas para alcançar melhores resultados. A APS então se destaca como meio importante de interação ensino-serviço, em que os futuros médicos vão estar expostos a situações em que lhe serão exigidas abordagens comunitárias, familiares e individuais com valorização de questões sociais, biológicas e culturais.

Dado o exposto, o Ministério da Educação, em 2014, divulgou as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN Medicina) - CNE/CES nº 116, de 03 de abril de 2014⁷ - reestruturando os componentes curriculares do ensino médico. Foi considerado, para a formulação desse documento, a ampliação da cobertura da AB no país nos anos que antecederam-se à publicação, a criação de novas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Pronto-atendimento (UPA), o diagnóstico de saúde do território nacional, o conhecimento de novas demandas emergentes da realidade brasileira e relatos de experiência que trouxeram legitimidade à mudança⁷.

Diversas são as estratégias de utilização da APS no processo de aprendizado, como a utilização do método clínico centrado na pessoa (MCCP), preceptoria, movimentos de territorialização, aplicação de questionários, avaliação de índices epidemiológicos, ações educativas na comunidade, atividades de promoção e prevenção à saúde, etc.

Em 2012, a Revista da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RSBMFC) publica as Diretrizes do Ensino da Atenção Primária à Saúde na Graduação, resultado de uma oficina de trabalho realizada com professores e preceptores que atuam na APS, no intuito de evidenciar, em primeiro lugar, a importância da inserção do ensino nesse nível de atenção e traçando estratégias de como o realizar⁸.

Esse documento afirma que a vivência dessas experiências contribui para a melhor compreensão do processo de adoecimento, para o desenvolvimento de uma prática clínica integrada com um trabalho interdisciplinar, para uma melhor contribuição das redes e serviços de atenção da saúde e favorece o desenvolvimento de habilidades e competências, como a habilidade de comunicação e competência cultural. Ainda nas diretrizes propostas pela SBMFC, destaca-se que o graduando desenvolve ações em três abordagens diferentes, que se confluem no nível primário: abordagem individual, familiar e comunitária⁸.

Nessa diretriz, os autores afirmam que o ensino voltado para APS deve contemplar uma abordagem individual e coletiva, com orientação familiar e comunitária. Ressalta a importância da inserção longitudinal do aluno na APS, em um formato de espiral crescente em todos os semestres, do uso de metodologias ativas e com a participação de médicos de família e comunidade e profissionais com experiência de atuação na área⁸.

Dessa forma, o profissional médico egresso de uma Instituição de Ensino Superior (IES) deve ser capacitado a atuar nesse nível de atenção, mostrando as competências e habilidades necessárias para se adequar a uma nova lógica social, adaptando-se às necessidades de saúde da população. O objeto primordial da inserção do estudante na APS deve ser, portanto, a criação de vínculo com a população e com a equipe, para que, dessa forma, ele consiga formar estratégias de resolução dos problemas do território que foi inserido⁹.

Em Sergipe, existem três escolas médicas, sendo dois campi da Universidade Federal de Sergipe (UFS), o Campus da Saúde Professor João Cardoso Nascimento Junior (Aracaju/SE) e o Campus Professor Antônio Garcia Filho (Lagarto/SE) e uma instituição privada, a Universidade Tiradentes (São Cristóvão/SE).

No Campus Professor Antônio Garcia Filho (UFS Lagarto), o Plano Pedagógico Curricular (Resolução N° 08/2012/CONEPE)¹⁰ ressalta a intencionalidade em formar um médico capaz de prestar atenção integral e ampliada à população de forma individual e comunitária com consciência do equilíbrio entre excelência técnica e relevância social²⁸. Segundo o mesmo documento, espera-se do egresso equilíbrio emocional, formação ética e humanista, capacidade de atuação em equipe multidisciplinares, compromisso com a cidadania, capacitado a exercer ações em planejamentos de gestão e políticas de saúde e domínio de conhecimentos e habilidades para condução dos principais problemas de saúde da população¹⁰.

No Campus da Saúde Professor João Cardoso Nascimento Júnior (UFS São Cristóvão) o objetivo geral é formar um médico “generalista, humanista, crítico e reflexivo”¹¹ que seja capaz de “atuar de forma integral e ampliada na prevenção, recuperação e reabilitação da saúde”²⁹, com atuação voltada às necessidades individuais e coletivas, com responsabilidade social e observando os DSS¹¹.

Apesar de os objetivos gerais serem semelhantes, há uma marcada distinção entre os projetos pedagógicos, em que o currículo da UFS São Cristóvão segue as

bases mais tradicionais do ensino médico, com divisão entre núcleos de conteúdo básicos, profissionalizantes e complementares. Sendo realizadas aulas teóricas como a base do processo ensino-aprendizagem, com fragmentação dos conteúdos abordados. Os alunos são inseridos na comunidade durante o ciclo profissionalizante, em que participam de ambulatórios de especialistas e práticas hospitalares¹¹.

O curso oferecido pela UFS Lagarto, mais atual, tem como base do seu plano pedagógico o ensino baseado em ferramentas de metodologias ativas, como sessões de tutorial, em que se utiliza a Aprendizagem Baseadas em Problemas (ABP) e atividades teórico-práticas com utilização da problematização em que se busca um currículo de conteúdos integrados em formato de espiral crescente de complexidade dos assuntos. Nesse referido campus, o aluno tem contato com ambientes de prática e interage com a população desde o primeiro ciclo, prestando cuidado assistido pelos professores¹⁰.

O currículo da UFS Lagarto propõe que, no primeiro ciclo (equivalente ao primeiro ano), os alunos de todos os cursos da saúde participam das mesmas atividades, com intensa integração entre eles, a fim de fomentar a prática da assistência multidisciplinar¹⁰.

No Campus UFS Lagarto, os alunos aprimoram propedêutica, método clínico e raciocínio clínico com os pacientes das Unidades Básicas de Saúde, nas disciplinas de Prática de Ensino na Comunidade (I a IV) e Habilidades e Atitudes em Saúde e Habilidades Médicas (I a III) nos primeiros quatro anos de estudo¹⁰. Nessas disciplinas vivenciam práticas de atenção ao coletivo, como territorialização, problematização em saúde, normativa e regência do SUS, abordagem familiar e educação em saúde. Também são instruídos sobre Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), Clínica Ampliada e ferramentas de comunicação¹⁰. Todas essas atividades são propostas pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) para serem abordadas nos cursos de graduação⁸.

MÉTODOS

Estudo quantitativo, observacional, analítico de aplicação transversal que se utilizou de um questionário estruturado criado pelos pesquisadores e enviado aos entrevistados por via digital. A coleta de dados ocorreu entre os meses de dezembro de 2018 a fevereiro de 2019 e as análises no mês subsequente.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe e aprovada pelo número CAAE: 02854218.9.0000.5546, sob o parecer 3.097.132 em 13/11/2018. Não houve financiamento externo para a pesquisa.

Para a escolha do universo estudado foi considerado a proximidade das turmas com a obtenção do título de médico e, por isso, foram escolhidas quatro turmas da Universidade Federal de Sergipe (UFS), sendo duas que obtiveram o título no semestre que decorre o estudo (Turma nº93 do Campus da Saúde e Turma nº01 do Campus Lagarto) e duas turmas que irão se formar no semestre seguinte (Turma nº94 do Campus da Saúde e Turma nº02 do Campus Lagarto). Foi considerado apto a participar da pesquisa aqueles que faziam parte das turmas selecionadas e que aceitaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Apenas era permitido que cada participante enviasse um questionário respondido e o controle foi feito através do cadastro de e-mail vinculado às respostas.

O questionário consistiu de três etapas em que foram feitas assertivas baseadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina de 2014 e das Diretrizes para o Ensino da Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina, de 2012. Foi feita a opção por respostas utilizando a Escala de Concordância em cinco pontos para extrair mais detalhes da percepção do entrevistado.

A análise estatística foi realizada com o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 20). Para a análise comparativa foi utilizado o teste estatístico de Mann-Whitney, tendo em vista que os valores para cada item são ordinais e em escala de Likert e, além disso, foi utilizado um nível de significância de 5% (ou intervalo de confiança de 95%).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram obtidas 109 respostas que preenchiam os critérios de inclusão para participação da pesquisa. Entretanto, oito questionários foram enviados com mais de uma alternativa assinalada por item, portanto não foram utilizados na análise estatística dos dados. Foram obtidas 54 (53,47%) respostas dos alunos da UFS Lagarto e 47 (46,53%) dos alunos da UFS São Cristóvão.

Em relação ao gênero dos participantes, 53 (52,48%) declararam identificar-se ao gênero masculino e 48 (47,52%) ao feminino. Quando questionados em relação à idade completa no momento da resposta do questionário, a idade mínima foi de 22

anos e a máxima de 41 anos, a idade média foi de 27,21 anos e a mediana de 26 anos, com desvio-padrão de 3,83 anos. Ao comparar os dois campi, notou-se que a média de idade dos alunos do Campus de Lagarto é pouco maior que os alunos do Campus da Saúde (27,73 *versus* 26,59 anos) e que o desvio-padrão entre as idades também é ligeiramente maior no Campus de Lagarto (4,36 *versus* 3,04 anos).

A Turma 93 do Campus São Cristóvão e Turma 1 do Campus Lagarto adentraram à Universidade através do mesmo processo seletivo, o vestibular tradicional realizado ao final do ano de 2011 ou o processo seletivo seriado, ofertado entre os anos de 2009 a 2011. As turmas subsequentes realizaram a prova do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) no ano de 2012 e concorreram no processo de seleção específico para cada campus. Logo, esperava-se que a distribuição entre idade e gênero dos participantes não apresentassem diferenças importantes entre elas, visto que o concurso de seleção foi semelhante entre as turmas de cada semestre.

Em relação à realidade nacional, em 2017 foi visto que 54,4 % dos médicos egressos pertenciam ao gênero masculino e 45,6% ao feminino¹², o que corresponde à realidade apontada no presente estudo em que a maioria dos egressos são do gênero masculino. Entretanto, ao avaliar a quantidade global de médicos atuantes no Brasil em 2018, percebe-se que entre àqueles com menor idade (até 29 anos) há uma maioria feminina, correspondendo à 57,4 % do total¹².

Dados nacionais indicam que há uma tendência ao juvenescimento da população médica, devido à maior oferta de vagas em universidades nos últimos anos¹². A média de idade dos médicos em âmbito nacional, em 2018, foi de 45,4 anos, com desvio padrão de 13¹², e em Sergipe foi de 46 anos, com desvio padrão de 13,4 no mesmo período¹². O mesmo estudo indica que há proximidade na idade de formação entre homens e mulheres¹².

Na primeira etapa do questionário, foram sugeridas afirmativas contidas na Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina⁸. Na afirmativa “O ensino da APS deve ser realizado em Unidades de Saúde da Família, ou similares, integradas à rede municipal, articuladas com a rede de atenção à saúde, com estrutura adequada para o recebimento de estudantes”, houve a maior concordância entre os alunos, não havendo diferença significativa entre os campi, assim como em outras quatro alternativas, como mostra a Tabela 1. Diante do

exposto, pode-se perceber que entre os alunos dos dois universos pesquisados há uma tendência a valorizar os ambientes de práticas no ensino envolvidos no contexto do SUS.

Tabela 1: Significância para o teste de Mann-Whitney considerando os itens do primeiro bloco.

Itens	Campus		p-valor
	Lagarto	São Cristóvão	
	Média	Média	
O ensino voltado à Atenção Primária a Saúde (APS) contribui para o desenvolvimento de uma prática clínica integrada e contextualizada, que é centrada nas pessoas e comunidades, possibilitando a interdisciplinaridade.	4,79	4,56	0,329
O ensino na APS contribui para um melhor entendimento da abordagem individual e coletiva, com orientação familiar e comunitária.	4,83	4,65	0,332
O ensino na APS deve ter uma inserção longitudinal e com continuidade ao longo do curso, em um modelo em espiral crescente de complexidade, e de preferência, com atividades na APS em todos os períodos do curso.	4,81	4,20	0,004
O ensino na APS deve ser realizado com metodologias dialógicas e ativas de ensino-aprendizagem, integrando prática e teoria, problematizando e possibilitando uma reflexão sobre a prática profissional, trabalhando em pequenos grupos e com diversidade de ce	4,78	4,57	0,336
O ensino da APS deve ser realizado em unidades de Saúde da Família, ou similares, integradas à rede municipal, articuladas com a rede de atenção à saúde, com estrutura adequada para o recebimento de estudantes.	4,78	4,68	0,880
No processo de ensino voltado à APS é fundamental a participação do médico especialista em MFC como docente e preceptor, em parceria com outros profissionais.	4,28	4,37	0,690

Ainda nessa etapa, a assertiva com maior discordância entre os campi e única com diferenças significantes foi: “O ensino na APS deve ter uma inserção longitudinal e com continuidade ao longo do curso, em um modelo em espiral crescente de complexidade, e de preferência, com atividades na APS em todos os períodos do curso”, como mostrado na Tabela 1, em que estão expostos a significância para os itens do primeiro bloco do questionário, com a análise estatística comparativa.

A essa discordância, os autores sugerem que é um resultado das diferenças entre os Planos Pedagógicos Curriculares (PPC), visto que no ensino tradicional do Campus de São Cristovão há atualmente uma tendência à divisão dos conteúdos em módulos¹¹, porém as turmas participantes do estudo vivenciaram um PPC anterior, em que o curso era estruturado de maneira linear, em que as turmas percorrem cada semestre sendo expostas aos conteúdos programáticos das disciplinas uma única vez de forma essencialmente teórica durante os quatro primeiros anos e sendo reabordado de forma prática durante os semestres do internato. No curso da UFS Lagarto, entretanto, os assuntos são vistos de maneira integralizada em módulos e os alunos revisitam os mesmos conteúdos ao longo de todos os ciclos do curso, sendo exigidos de forma crescente de complexidade, chamado de formato espiral¹⁰. Portanto, esperava-se que os alunos egressos da UFS Lagarto mostrassem mais concordância com esse subitem que os alunos da UFS São Cristovão, o que foi evidenciado na pesquisa.

Percebeu-se que em ambos os campi, os alunos compreendem a importância do ensino à APS, visto que houve concordância significativa com o primeiro item do tópico: “O ensino voltado à APS contribui para o desenvolvimento de uma prática clínica integrada e contextualizada, que é centrada nas pessoas e comunidade, possibilitando a interdisciplinaridade”, refletindo uma orientação positiva à APS no processo de ensino-aprendizagem nessas turmas.

O item que versa sobre as metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem e sobre a presença de um profissional especialista em MFC no corpo docente não apresentou diferenças significativas entre os campi. Sendo esta última a alternativa com menor concordância entre os alunos da UFS Lagarto (Tabela 1), talvez porque durante os anos de graduação dessas turmas, em pelo menos três anos não houve professor MFC em atividade no departamento.

Diante desses achados, podemos concluir que não houve diferença significativa entre a maioria dos itens desse bloco de assertivas que tratava de aspectos relacionados à justificativa para a valorização da APS no ensino médico e os meios pelos quais devem ser conduzidos esse processo segundo Demarzo e demais autores⁸.

O segundo bloco de perguntas abordou aspectos da prática na APS, baseados na mesma diretriz supracitada⁸, dividindo-se em três frentes: abordagem individual,

abordagem familiar e abordagem comunitária. Em cada um desses subtópicos foram apresentadas algumas assertivas de forma objetiva.

Em relação à abordagem individual, como pode ser verificado na Tabela 2, foi visto diferença estatística em duas assertivas, que são elas: “Você foi exposto ao conteúdo de Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP)” e “Você utilizou o Plano Terapêutico Singular (PTS)”, em que os alunos da UFS Lagarto obtiveram valores de escala maiores para esses itens do que os alunos da UFS São Cristóvão.

Tabela 2: Significância para o teste de Mann-Whitney considerando os itens que se relacionam a Abordagem Individual

Itens	Campus		p-valor
	Lagarto	São Cristóvão	
	Média	Média	
Você foi exposto ao conteúdo de Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP).	4,72	3,67	0,000
Você utilizou o SOAP em alguma consulta.	4,74	4,64	0,912
Você utilizou o Plano Terapêutico Singular (PTS).	4,72	3,00	0,000
Você utilizou da estratégia de demora permitida.	3,33	2,82	0,111
Você participou de atividade prática em algum Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).	4,69	4,68	0,249

Ambas ferramentas supracitadas são vistas, na UFS Lagarto, de acordo com o modelo de espiral crescente¹⁰, desde o segundo ciclo do curso até o sexto. Durante o segundo ano são abordados os conceitos e as definições de MCCP e Clínica Ampliada (incluindo o PTS), e a partir do terceiro ano, os alunos são incentivados a utilizar as ferramentas durante os atendimentos e a montar um PTS como forma avaliativa ao final do ciclo. Nos dois anos de internato, esses temas voltam a ser exigidos em maior grau de complexidade, visto que agora os alunos precisam formular um PTS junto à equipe a qual está inserido no Internato de Medicina Preventiva e Social I e tentar colocá-lo em prática, enquanto no Internato em Medicina Preventiva e Social II os alunos precisam produzir um conteúdo crítico-reflexivo sobre o MCCP e Clínica Ampliada para apresentar aos colegas e professores no formato de conferência¹⁰.

Avaliando-se individualmente cada campus, os alunos de Lagarto obtiveram maiores índices de escala quando questionados sobre a utilização do método “SOAP”, possivelmente devido ao incentivo, durante o terceiro e quarto ciclo do curso, para a

utilização das ferramentas do MCCP durante os atendimentos nas aulas de Prática de Ensino na Comunidade III e IV, e das instruções em utilizar o método SOAP para registro de prontuário. Em contrapartida, ao serem questionados sobre a utilização da estratégia de demora permitida, verificou-se os menores índices de concordância, provavelmente pelo fato da ausência de acompanhamento de um professor com formação em MFC durante a maior parte das aulas práticas ou pelo desconhecimento do termo, apesar da utilização da ferramenta.

Enquanto os alunos de São Cristóvão obtiveram maiores índices de concordância quando questionados se participaram de alguma atividade em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), possivelmente devido à visita que realizam durante a semana de acolhimento e durante o Módulo de Saúde Mental, no último ano do curso, em que são realizadas atividades práticas assistidas nesses ambientes¹¹. Em relação aos menores índices de concordância, houve semelhança com o outro campus, com menores valores no item relacionado à demora permitida, possivelmente pelos mesmos motivos supracitados.

Quando questionados aspectos da abordagem familiar, as escalas de concordância dos alunos da UFS Lagarto apresentaram maiores valores que os alunos da UFS São Cristóvão, como evidenciado na Tabela 3. É válido ressaltar que essas ferramentas de abordagem familiar são de uso prático e frequente durante o trabalho do médico na APS, e que a inserção dos alunos no serviço proporciona a vivência de diversas situações em que são exigidas essas habilidades. Dessa forma, espera-se que os alunos da UFS Lagarto, por terem vivenciado mais situações práticas na APS respondam com maiores índices de concordância a esses itens.

Tabela 3 Significância para o teste de Mann-Whitney considerando os itens que se referem à abordagem familiar.

Itens	Campus		p-valor
	Lagarto	São Cristóvão	
	Média	Média	
Você foi exposto ao conteúdo de "diagnóstico familiar".	4,61	2,67	0,000
Você utilizou o APGAR Familiar ou PRACTICE.	4,61	2,06	0,000
Você questionou sobre o ciclo de vida familiar em alguma consulta.	4,60	3,89	0,001
Você realizou alguma visita domiciliar.	4,87	4,42	0,022

É válido salientar que para ambos os cursos houve melhores índices quando questionados a respeito da realização de visitas domiciliares. Esse dado possivelmente indica que a visita domiciliar é entendida como um protótipo da abordagem familiar na graduação. Dessa forma, pode-se inferir que as demais estratégias de realizar essa abordagem também precisam ser valorizadas, incluindo àquelas realizadas individualmente nos consultórios, como o questionamento sobre o ciclo de vida familiar, que foi o item com menores valores de escala na UFS Lagarto ou a aplicação de ferramentas de diagnóstico familiar muito utilizadas na Clínica Ampliada, como o APGAR Familiar ou PRACTICE, que foi o item com menor concordância na UFS São Cristóvão, como exposto na Tabela 3.

Em relação à abordagem comunitária, apenas o item “Você já realizou notificação de algum agravo à saúde” não obteve diferença significativa na análise comparativa, nos demais os alunos da UFS Lagarto mostraram maiores índices de concordância, o que pode ser observado na Tabela 4. Entendendo que as notificações de agravos ocorrem preferencialmente em ambientes de consultas individuais (UBS e ambulatorios) ou ambientes hospitalares, esse item não pode ser considerado como uma atribuição específica da atuação na APS, apesar de pertencer a esse universo. O item que versa sobre o conteúdo de Vigilância em Saúde apresentou diferença significativa e os autores relacionam à disciplina de Medicina Preventiva e Social I e II, que ocorre na UFS Lagarto, onde os locais da Vigilância em Saúde da rede municipal são visitados pelos alunos e no ano seguinte voltam a ser abordados em sala de aula.

Tabela 4: Significância para o teste de Mann-Whitney considerando os itens que se referem à abordagem comunitária.

Itens	Campus		p-valor
	Lagarto	São Cristóvão	
	Média	Média	
Você realizou atividades em campo de mapeamento do território.	4,28	2,37	0,000
Você foi exposto ao conteúdo de Vigilância em Saúde.	4,61	3,96	0,000
Você já realizou notificação de algum agravo à saúde.	3,42	3,17	0,694
Você realizou alguma ação de Educação em Saúde na comunidade ou em instituições.	4,83	4,28	0,006

Os itens que tratam de realização de atividades de territorialização e educação em saúde no campo dizem respeito às ações desenvolvidas preferencialmente na APS e pode ser percebido diferenças significativas entre os campi. Esse resultado possivelmente é atribuído às atividades da disciplina Prática de Ensino na Comunidade I, em que são abordados conteúdos relacionados à abordagem coletiva, com valorização do território e comunidade¹⁰. Nessa disciplina, todos os alunos participam do mapeamento do território, realizam um projeto de problematização em saúde durante o ano letivo que culmina com uma ação de educação em saúde realizada em um ambiente do local, como instituições de ensino, praças públicas, unidades de saúde, dentre outros.

Na última etapa da pesquisa, foi utilizado o documento que trata das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina⁷. Desse documento, foram extraídos cinco assertivas e utilizadas na pesquisa com pequenas alterações de coesão para adaptar-se ao formato de questionário e com atenção para não alterar a ideia central do texto, a fim de se verificar a concordância do ensino com a normativa vigente. Dessas, apenas uma não obteve diferença significativa à luz das análises estatísticas, que foi: “Foram discutidos temas de ciências sociais e ética”. O resultado da análise desse bloco pode ser visto na Tabela 5.

Tabela 5 Significância para o teste de Mann-Whitney considerando os itens que se referem as novas diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina.

Itens	Campus		p-valor
	Lagarto	São Cristóvão	
	Média	Média	
As atividades ao longo do curso promoveram a integração e interdisciplinaridade com atuação em equipes multiprofissionais.	4,55	3,36	0,000
Foram discutidos temas de ciências sociais e ética.	4,46	4,27	0,262
Foi propiciada, aos alunos, a oportunidade de se inserir nas redes de serviço de saúde desde os primeiros períodos.	4,70	1,91	0,000
Houve uma centralidade do ensino voltado à Atenção Básica, organizado pela área de Medicina de Família e Comunidade.	4,33	2,50	0,000
Durante o internato, 30% da carga-horária ou mais foi destinado a Atenção Básica e Serviços de Urgência e Emergência no SUS.	4,46	2,74	0,000

Como pode ser visto no PPC da UFS São Cristóvão¹¹, um dos principais objetivos desse curso é a formação de médicos éticos e humanistas, portanto, a disciplina de ética médica é vista na disciplina de ética Médica e Habilidade de Comunicação, no ciclo de conteúdos profissionalizantes. Na UFS Lagarto, há uma parte da carga horária destinada ao estudo de ética médica na disciplina de Atualização II, no terceiro ciclo e durante os quatro anos iniciais do curso são abordados tópicos específicos de bioética e ética médica durante os tutoriais, seguindo como os outros conteúdos, de forma modular.

Entre os alunos de Lagarto, a afirmativa que discorre sobre a centralidade do ensino voltado à AB e organização pela área de MFC foi o que obteve menores valores de escala, o que aponta para uma necessidade de revisão das condutas em outros ambientes de ensino-aprendizagem que não estão inseridos na APS, como as práticas em nível secundário terciário. Entretanto, ainda há, nesse tópico, diferença significativa entre os campi, com a UFS Lagarto apresentando valores superiores.

Nó item: “Foi propiciada, aos alunos, a oportunidade de se inserir nas redes de serviço de saúde desde os primeiros períodos” observou-se a maior discordância entre os campi, como observado na Tabela 5, em que os alunos de Lagarto apresentaram os maiores valores de escala desse tópico e os alunos de São Cristóvão apresentaram os menores valores no mesmo tópico. Esse fato possivelmente é atribuído a uma das diferenças entre os cursos, em que há uma inserção precoce do aluno na comunidade e nos cenários de prática desde o primeiro período naquele campus e a interação tardia do ensino com o serviço nesse campus.

Quando tratado da atuação em equipes multidisciplinares, os valores obtidos em Lagarto são comparativamente superiores àqueles de São Cristóvão, possivelmente pela interação entre os alunos no primeiro ciclo da graduação. Entretanto, vale ressaltar que a pesquisa não pode concluir, com os dados obtidos, que houve intencionalidade de motivação à atuação em equipes multidisciplinares ao longo de todos os anos da graduação ou se foi restrita ao primeiro ciclo.

Há também, nesse tópico, um item que versa sobre a destinação de 30% da carga-horária do internato à atuação em serviços de APS ou na Rede de Urgência e Emergência (RUE), o que merece destaque, dado que as novas diretrizes preconizam a formação de médico generalista com atuação prioritária nessas redes⁷. Foi visto,

também, que Lagarto apresentou maiores valores de escala para esse item. Entretanto, vale ressaltar que com a mudança ocorrida no PPC do curso de São Cristovão, em 2016¹¹, as turmas que alcançarem o novo plano pedagógico teoricamente terão mais chances de apresentar valores maiores em relação a esse e outros itens dessa pesquisa, visto que as mudanças foram feitas para atingir os objetivos das diretrizes curriculares de 2014.

CONCLUSÃO

A pesquisa evidencia que os alunos de Lagarto apresentaram valores de escala maiores que os alunos de São Cristovão em 14 (58,3%) dos 24 itens apresentados e que não houve diferença estatística entre os demais itens. Pode-se inferir que há maior concordância do processo de ensino aprendizagem no Campus Lagarto com as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais de Graduação em Medicina⁷ e com as Diretrizes Para o Ensino da Atenção Primária na Graduação em Medicina, segundo Demarzo e demais autores⁸.

Entretanto não se pode concluir, com essa pesquisa que há uma maior centralidade do ensino voltado à APS em um campus, pois objetivamente foi visto que, na percepção dos alunos entrevistados, houve maior valorização da importância da inserção longitudinal em modelo de espiral crescente de complexidade, com atividades na APS em todos os períodos para os alunos da UFS Lagarto.

Pode-se inferir, também, que os alunos da UFS Lagarto apresentaram maior valores de escala quando questionados sobre atividades e conteúdos a serem trabalhados em ambientes de APS, como o MCCP, PTS, ferramentas de diagnóstico familiar, visitas domiciliares, mapeamento e territorialização, conteúdos de Vigilância em Saúde e ações de educação em saúde na comunidade. Porém, não se pode afirmar com os dados encontrados nessa pesquisa que os alunos de São Cristovão não foram expostos a esse conteúdo ou não participaram de atividades práticas em que eram exigidos essas competências, apenas se observou que em Lagarto há maior concordância com a realização das práticas supracitadas, em comparação com àquele campus.

Por fim, pode-se perceber que houve maior concordância do processo de ensino-aprendizagem no campus de Lagarto com itens específicos contidos nas DCN's de Graduação em Medicina, de 2014⁷, como visto nos tópicos finais da pesquisa. Porém, cabe ressaltar que ambos as turmas pesquisadas realizaram a sua

graduação sob à luz de PPC's anteriores às DCN's, visto que o Novo PPC da UFS São Cristovão apenas começou a vigorar para turmas com entrada a partir do ano de 2016¹¹ e na UFS Lagarto, o PPC data de 2012¹⁰, com a criação do campus. Portanto, com os resultados obtidos não podemos inferir que as próximas turmas egressas repitam os padrões de resposta, visto que as alterações em ambos campi são atuais e ainda apresentam modificações a serem feitas.

Dessa forma, foi visto que o uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, a inserção precoce do aluno nas redes de serviço e a divisão dos componentes curriculares em módulos podem ter influenciado para resultados positivos no universo de alunos pesquisados pertencentes à UFS Lagarto em relação à valorização de ferramentas utilizadas na prática da APS. Entretanto, necessita-se que mais estudos sejam feitos, a fim de corroborar os achados e melhor relacionar aos componentes curriculares.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores desse estudo declaram inexistência de conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Pineault, R, Comprendre le système de santé pour mieux le gérer Les Presses de l'Université de Montréal, 2012
2. Donabedian, A. Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1973.
3. Pan American Health Organization. Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization. Washington, D.C.: PAHO; 2005.
4. Starfield, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002
5. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 127 p.
6. Anderson, Maria Inez Padua; Demarzo, Marcelo Marcos Piva; Rodrigues, Ricardo Donato. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o Ensino de Graduação: recomendações e potencialidades. Rev Bras Med Fam e Com. Rio de Janeiro, v.3, nº11, 2007. 157-172.
7. Brasil. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº3, de 20 de junho de 2014.
8. Demarzo, Marcelo Marcos Piva et al . Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro , v. 36, n. 1, p. 143-148, Mar. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000100020&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000100020>
9. Gomes, Andréia Patrícia et al . Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro , v. 36, n. 4, p. 541-549, Dec. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000600014&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000600014>.
10. Brasil. Universidade Federal de Sergipe. Conselho do Ensino, da Pesquisa e da Extensão. Resolução Nº 08/2012/CONEPE
11. _____. Universidade Federal de Sergipe. Conselho do Ensino, da Pesquisa e da Extensão. Resolução Nº 47/2016/CONEPE

12. Scheffer, M. et al. Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4

2 REFERÊNCIAS

1. Pineault, R, Comprendre le système de santé pour mieux le gérer Les Presses de l'Université de Montréal, 2012
2. Donabedian, A. Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1973.
3. Buss, PM., and labra, ME., orgs. *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. 265 p. ISBN 85-271-0290-0. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
4. Starfield, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002
5. Docteur, E. and H. Oxley (2003), "Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience", *OECD Health Working Papers*, No. 9, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/865047648066>.
6. Shi, L. Primary care, specialty care, and life changes. *Int J Health Serv*, n 24, p 431-58, 1994
7. Sestelo, José Antonio de Freitas. Dominância financeira na assistência à saúde: a ação política do capital sem limites no século XXI. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 2027-2034, jun. 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602027&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04682018>
8. Braga JCS, Paula SG. Saúde e previdência: estudos de políticasocial. São Paulo: CEBES, Hucitec; 1981.
9. Pan American Health Organization. Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization. Washington, D.C.: PAHO; 2005.
10. World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health. Action on the social determinants of health: Learning from previous experiences (March). Geneva: WHO, 2005.
11. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 127 p.
12. Mendes, E.V. Uma agenda para a saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.
13. Matta, Gustavo Corrêa; morosini, Márcia Valéria Guimarães. Atenção primária à saúde. *Dicionário da educação profissional em saúde*, v. 2, p. 44-50, 2006.
14. Organização Pan-Americana da Saúde. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, D.F.: OPAS; 2012
15. Organização Mundial de Saúde. *Declaração de Alma-Ata*. 1978. [internet] Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 160 p. : il.
17. Duncan, Bruce Bartholow et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
18. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p. BRASIL
19. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de dezembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
20. Anderson, Maria Inez Padua; Demarzo, Marcelo Marcos Piva; Rodrigues, Ricardo Donato. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o Ensino de Graduação: recomendações e potencialidades. *Rev Bras Med Fam e Com*. Rio de Janeiro, v.3, nº11, 2007. 157-172.
21. Brasil. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº3, de 20 de junho de 2014.
22. Gomes, Andréia Patrícia et al . Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro , v. 36, n. 4, p. 541-549, Dec. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-

- 55022012000600014&lng=en&nrm=iso>. access
on 27 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000600014>.
23. Brasil. LEI n. 9.394, de 20 de dez. de 1996. Lex. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, p. 01-32, dez. 1996. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1996/lei-9394-20-dezembro-1996-362578-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 14 out. 2018.
 24. _____. Lei No. 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm
 25. _____. Ministério da Saúde. Programa Mais Médicos: orientações sobre a organização da Atenção Básica no Brasil Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
 26. Demarzo, Marcelo Marcos Piva et al. Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 143-148, Mar. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000100020&lng=en&nrm=iso>. access
on 24 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000100020>
 27. Scheffer, M. et al. Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4
 28. Brasil. Universidade Federal de Sergipe. Conselho do Ensino, da Pesquisa e da Extensão. Resolução N° 08/2012/CONEPE.
 29. _____. Universidade Federal de Sergipe. Conselho do Ensino, da Pesquisa e da Extensão. Resolução N° 47/2016/CONEPE.

ANEXO A – NORMAS DA REVISTA



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Escopo e política

A **Revista Brasileira de Educação Médica** é a publicação oficial da **ABEM**, de periodicidade trimestral, e tem como Missão publicar debates, análises e resultados de investigações sobre temas considerados relevantes para a Educação Médica. Serão aceitos trabalhos em português, inglês ou espanhol

Envio de manuscritos

Submissão on line

Os manuscritos serão submetidos à apreciação do Conselho Científico apenas por meio eletrônico através do sítio da Revista (<https://mc04.manuscriptcentral.com/rbem-scielo>). O arquivo a ser anexado deve estar digitado em um processador de textos MS Word, página padrão A4, letra padrão Arial 11, espaço 1,5 e margens de 2,0 cm a Direita, Esquerda, Superior e Inferior com numeração sequencial de todas as páginas. Não serão aceitas Notas de Rodapé. As tabelas e quadros devem ser de compreensão independente do texto e devem ser encaminhadas em arquivos individuais. Não serão publicados questionários e outros instrumentos de pesquisa. Para a submissão de artigos será cobrada uma taxa de R\$ 200,00. Estão isentos desta taxa os sócios adimplentes da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) O pagamento deverá ser realizado através de depósito identificado com o CPF do autor na seguinte conta:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA

BANCO DO BRASIL

AG. 0576-2

C/C 4373-7

CNPJ: 2921 2628 0001-32

Avaliação dos originais

Todo original recebido é avaliado pela secretaria da RBEM quanto ao formato. Caso não obedeça os padrões descritos abaixo (forma e padrão de manuscritos), o artigo será devolvido ao autor para correção e nova submissão. Se o original obedecer aos padrões ele será encaminhado ao Editor Chefe da RBEM que avaliará se o artigo faz parte da temática da revista e encaminhará aos Editores Associados e estes para dois pareceristas cadastrados pela RBEM para avaliação da qualidade científica do trabalho. Os conselheiros têm um prazo de 30 dias para emitir o parecer. Os pareceres sempre apresentarão uma das seguintes conclusões: aprovado como está; favorável a publicação, 16/04/2019 Rev. bras. educ. med. - Instruções aos autores www.scielo.br/revistas/rbem/pinstruc.htm 2/5 mas solicitando alterações; não favorável a publicação. Todo Parecer incluirá sua fundamentação. No caso de solicitação de alterações no artigo, estes poderão ser encaminhados em até 60 dias. Após esse prazo e não havendo qualquer manifestação dos autores o artigo será considerado como retirado. Após aprovação o artigo é revisado ortográfica e gramaticalmente. Para custear a revisão gramatical tanto de língua portuguesa como inglesa (abstract), por revisor especializado e contratado pela revista, será cobrado

uma taxa de R\$ 800,00. Se o autor desejar publicar seu artigo integralmente na língua inglesa será cobrado uma taxa de R\$ 1.500,00 para a tradução. Se o artigo já for submetido em inglês, será cobrado uma taxa de R\$ 800,00 pra revisão gramatical. As alterações eventualmente realizadas são encaminhadas para aprovação formal dos autores antes de serem encaminhados para publicação. Os artigos aceitos para a publicação se tornam propriedade da revista.

Forma e preparação de manuscritos

1. Artigos originais: (limite de até 6.000 palavras, incluindo texto e referências e excluindo tabelas, gráficos, folha de rosto, resumos e palavras-chave).

1.1. Pesquisa - artigos apresentando resultados finais de pesquisas científicas;

1.2. Ensaios - artigos com análise crítica sobre um tema específico relacionado com a Educação Médica;

1.3. Revisão - artigos com a revisão crítica da literatura sobre um tema específico.

2. Relato de experiência: artigo apresentando experiência inovadora no ensino médico acompanhada por reflexão teórica pertinente – Limite máximo de 6.000 palavras.

3. Cartas ao Editor: cartas contendo comentários sobre material publicado - Limite máximo de 1.200 palavras e 3 referências.

4. Teses: resumos de dissertações de mestrado ou teses de doutoramento/livre docência defendidas e aprovadas em Universidades brasileiras ou não (máximo de 300 palavras). Os resumos deverão ser encaminhados com o Título oficial da Tese, informando o título conquistado, o dia e o local da defesa. Deve ser informado igualmente o nome do Orientador e o local onde a tese está disponível para consulta e as palavras-chave e keywords.

5. Resenha de livros: poderão ser encaminhadas resenhas de livros publicados no Brasil ou no exterior - Limite máximo de 1.200 palavras

6. Editorial: o editorial é de responsabilidade do Editor da Revista, podendo ser redigido a convite - Limite máximo de 1.000 palavras.

Estrutura:

- Título do trabalho (evitar títulos longos) máximo de 30 palavras, - deve ser apresentada a versão do título para o idioma inglês. Apresentar um título resumido para constar no alto da página quando da publicação (máximo de 15 palavras)

- Número e Nome dos autores: A Revista publicará o nome dos autores segundo a ordem encaminhada no arquivo e deverá ter no máximo 06 (seis) autores. Caso ocorra a necessidade de exceder esse número, isso deverá ser justificado no início do artigo.

Artigos com mais de um autor deverão conter uma exposição sobre a contribuição 16/04/2019 Rev. bras. educ. med. - Instruções aos autores www.scielo.br/revistas/rbem/pinstruc.htm 3/5 **específica de cada um no trabalho.**

- Endereço completo de referência do(s) autor(es), titulação, local de trabalho e e-mail. Apenas os dados do autor principal serão incluídos na publicação.

- Resumo de no mínimo 300 palavras e no máximo 500 palavras. Deve ter versão em português e versão em inglês. Quando o trabalho for escrito em espanhol, deve ser acrescido um resumo em inglês.

- Palavras chave: mínimo de 3 e máximo de 8, extraídos do vocabulário **DECS** - Descritores em Ciências da Saúde para os resumos em português (disponível em <http://decs.bvs.br/>) e do **MESH** – Medical Subject Headings, para os resumos em inglês (disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>). Os autores deverão informar que organizações de fomento à pesquisa apoiaram os seus trabalhos, fornecendo inclusive o número de cadastro do projeto. No caso de pesquisas que tenham envolvido direta ou indiretamente seres humanos, nos termos

da Resolução nº 196/96 do CNS os autores deverão informar o número de registro do projeto no SISNEP.

Referências

As referências , cuja exatidão é de responsabilidade dos autores, deverão ser apresentadas de modo correto e completo e limitadas às citações do texto, devendo ser numeradas segundo a ordem de entrada no texto, seguindo as regras propostas pelo Comitê Internacional de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors). Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos. Disponível em: <http://www.icmje.org>

Toda citação deve incluir, após o número de referência, a página(s). Ex: xxxxxx1 (p.32). Recomendamos que os autores realizem uma pesquisa na Base Scielo com as palavras-chave de seu trabalho buscando prestigiar, quando pertinente a pesquisa nacional.

Exemplos:

Artigo de Periódico

Ricas J, Barbieri MA, Dias LS, Viana MRA, Fagundes EDL, Viotti AGA, et al. Deficiências e necessidades em Educação Médica Continuada de Pediatras em Minas Gerais. Rev Bras Educ Méd 1998;22(2/3)58-66.

Artigo de Periódico em formato eletrônico

Ronzani TM. A Reforma Curricular nos Cursos de Saúde: qual o papel das crenças?. Rev Bras Educ Med [on line].2007. 31(1) [capturado 29 jan. 2009]; 38-43. Disponível em: http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/reforma_curricular.pdf

Livro

Batista NA, Silva SHA. O professor de medicina. São Paulo: Loyola, 1998.

Capítulo de livro

Rezende CHA. Medicina: conceitos e preconceitos, alcances e limitações. In: Gomes DCRG, org. Equipe de saúde: o desafio da integração. Uberlândia:Edufu;1997. p.163-7.

Teses, dissertações e monografias

Cauduro L. Hospitais universitários e fatores ambientais na implementação das políticas de saúde e educação: o caso do Hospital Universitário de Santa Maria. Rio de Janeiro; 1990. Mestrado [Dissertação] - Escola Brasileira de Administração Pública.

Trabalhos Apresentados em Eventos

Camargo J. Ética nas relações do ensino médico. Anais do 33. Congresso Brasileiro de Educação Médica. 4º Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico; 1995 out. 22-27; Porto Alegre, Brasil. Porto Alegre:ABEM; 1995. p.204-7. 16/04/2019 Rev. bras. educ. med. - Instruções aos autores www.scielo.br/revistas/rbem/pinstruc.htm 4/5

Relatórios Campos

MHR. A Universidade não será mais a mesma. Belo Horizonte: Conselho de Extensão da UFMG; 1984. (Relatório)

Referência legislativa

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.

A bibliotecária da ABEM promove a revisão e adaptação dos termos fornecidos pelos autores aos índices aos quais a Revista está inscrito. As contribuições serão publicadas obedecendo a ordem de aprovação do Conselho Editorial.

Declaração de Autoria e de Responsabilidade

Todas as pessoas designadas como autores devem responder pela autoria dos manuscritos e ter participado suficientemente do trabalho para assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo. Para tal, após a aprovação do artigo, deverão encaminhar por email (rbem.abem@gmail.com) , a seguinte Declaração de autoria e de Responsabilidade:

"Declaro que parti cipei de forma suficiente na concepção e desenho deste estudo ou da análise e interpretação dos dados assim como da redação deste texto, para assumir a autoria e a responsabilidade pública pelo conteúdo deste artigo. Revi a versão final deste artigo e o aprovei para ser encaminhado a publicação. Declaro que nem o presente trabalho nem outro com conteúdo substancialmente semelhante de minha autoria foi publicado ou submetido a apreciação do Conselho Editorial de outra revista".

Ética em Pesquisa

No caso de pesquisas iniciadas após janeiro de 1997 e que envolvam seres humanos nos termos do inciso II.2 da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde ("pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais") deverá encaminhar, após a aprovação, documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição onde ela foi realizada. No caso de instituições que não disponham de Comitês de Ética em Pesquisa, deverá apresentar a aprovação pelo CEP onde ela foi aprovada.

Conflitos de Interesse

Todo trabalho deverá conter a informação sobre a existência ou não de algum tipo de conflito de interesses de qualquer dos autores. Destaque-se que os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, incluindo também o próprio vínculo empregatício. (Para maiores informações consulte o site do International Committee of Medical Journal Editors <http://www.icmje.org/#conflicts>)

ANEXO B – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VALORIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ENSINO MÉDICO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Pesquisador: LEDA LUCIA COUTO DE VASCONCELOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 02854218.9.0000.5546

Instituição Proponente: Universidade Federal de Sergipe Campus Lagarto - Departamento de

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.097.132

Apresentação do Projeto:

Os pesquisadores pretendem analisar o processo de ensino-aprendizagem voltados a Atenção Primária à Saúde entre os cursos de Medicina em dois campi da Universidade Federal de Sergipe e comparar as atividades da APS realizadas pelos alunos durante a graduação em medicina nos dois campi através de uma análise observacional, analítica e quantitativa da estrutura do processo de ensino-aprendizagem na Universidade Federal de Sergipe, que propõe identificar aspectos singulares a cada campus no que se refere à valorização da Atenção Básica.

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

E-mail: cephu@ufs.br

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário será o de comparar o processo de ensino-aprendizagem voltados a Atenção Primária à Saúde entre os cursos de Medicina em dois campi da Universidade Federal de Sergipe. E o objetivo secundário será o de comparar as atividades da APS realizadas pelos alunos durante a graduação em medicina nos dois campi.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos, os pesquisadores informaram que são mínimos, causados pelo possível desconforto nas respostas ao questionário. Porém os participantes da pesquisa terão o direito de não responder a entrevista e desistir de participar da pesquisa. Caso algum risco ou prejuízo venham a ocorrer aos participantes, os pesquisadores responsáveis pelo estudo deverão arcar com todas as responsabilidades, providenciando assistência médica ou psicológica.

Os pesquisadores informaram que benefícios advindos da pesquisa podem significar a identificação de aspectos de aprimoramentos nos cursos de Medicina pesquisados repercutindo nos serviços que servem como campos de estágio para os mesmos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Para a construção dos tópicos abordados no questionário foram utilizadas referências nacionais que explicitam características do processo de ensino médico no Brasil. Todas as perguntas estão inseridas no contexto das Diretrizes Curriculares Nacionais de Graduação em Medicina, de 2014 e Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina, de 2012.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória adequados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Meu parecer é pela aprovação

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

E-mail: cephu@ufs.br

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1255838.pdf	13/11/2018 15:19:15		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoAPSeUFS.docx	13/11/2018 15:18:31	LEDA LUCIA COUTO DE VASCONCELOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEdaAPS.docx	13/11/2018 15:10:46	LEDA LUCIA COUTO DE VASCONCELOS	Aceito
Cronograma	cronogramaAPS.docx	13/11/2018 15:10:28	LEDA LUCIA COUTO DE	Aceito
Folha de Rosto	FRassinadaAPS.pdf	13/11/2018 15:00:16	LEDA LUCIA COUTO DE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 20 de
Dezembro de 2018

Assinado por:

Anita Hermínia Oliveira
Souza (Coordenador(a))

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

UF: SE

Município: ARACAJU

CEP: 49.060-110

E-mail: cephu@ufs.br